

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1962. — N° 12

A PROPOS DU SERVICE SOCIAL

RÉFLEXIONS CLINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Janvier 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marc BOTTA

Né, le 29 Septembre 1935, à Cannes (Alpes-Maritimes)



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

4, RUE GENTIL, 4

1962

A PROPOS DU SERVICE SOCIAL

RÉFLEXIONS CLINIQUES

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. J. LEPINE : Doyen honoraire, membre de l'Institut.
M. H. HERMANN : Doyen, correspondant de l'Institut.
MM. M. LEVRAT et L. REVOL, Assesseurs.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY

PROFESSEURS

HERMANN. Physiologie.
CIBERT. Clinique urologique.
PONTIUS. Physique biologique.
(dét. à Beyrouth)
DECHAUME. Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.
ROCHET. Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.
CHAMBON. Chimie organique et toxicol.
WERTHEIMER. Clinique chirurgicale B.
PAUPERT. Clinique médicale B.
RAVAULT.
FROMENT. Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires.
CROIZAT. Clinique médicale C.
ENSELME. Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY. Clinique chirurgicale A.
GUILLEMINET. Clinique de chirurg. orthopéd. et de chirurgie infantile.
REVOL. Pharm. galén. et mat. médic.
POLLOSSON. Clinique gynécologique.
PIGEAUD. Clinique obstétricale.
BOURRET. Médecine du travail.
LEVRAT. Clinique médicale A.
SOHIER. Hygiène et action sanitaire et sociale.
DUCLOS. Clinique stomatologique.
BERNHHEIM. Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.

JOURDAN. Biol. méd. et pharmacodynamie.
NETIEN. Botanique et cryptogamie.
BERTRAND. Clinique chirurgicale C.
BADINAND. Chimie analytique et pharmacol.
DREVON. Pharm. chimique et pharmacol.
ROCHE. Médec. légale et déontologie.
COUDERT. Parasitol. et pathol. exotique.
MOUNIER-KUHN. Cliniq. d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie.
PAUFQUE. Clinique ophtalmologique.
THIERS. Clin. de dermatologie, syphiligraphie et allergologie.
BRUN. Clin. de pneumo-phthisiologie.
CREYSEL. Clin. traumatol. des membres.
DARGENT. Cancérologie.
GUICHARD. Anatomie pathologique.
GIRARD Paul. Pathol. génér. et expériment.
LATARJET. Anatomie.
PEYCELON. Pathologie chirurgicale.
GIRARD Marcel. Thérapeutique.
VACHON. Pathologie médicale.
GALY. Physio-pathologie des voies respiratoires.
KEHL. Histologie et embryologie.
PAPILLON. Radiologie.
JEUNE. Clin. des malad. infectieuses.
GONIN. Hydrologie therap., climat. et écologie sociale.
MONNET. Bactériologie.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

BERGER. Physique nucléaire appliquée à la médecine.

DORCHE. Technologie pharmaceutique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

BANSSILLON. Obstétrique.
ROMAN. Parasitologie.
BERTOYE. Bactériologie.
CIER J.-François. Physiologie.

CHATONNET. Physiologie.
CIER André. Pharm. chim. et pharmacol.
PERROT. Chimie organique et toxicol.

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Médecine
FEROLDI. Anatomie pathologique.
CREYSEL Roger. Chimie biologique et médicale.
DURoux Emile. Anatomie.
BRETTE René. Thérapeutique.
DUMONT Louis. Histologie.
THIVOLET Jean. Hygiène.
GARIN Jean-Paul. Parasitologie.
MORET Robert. Physique.
BOUCHET Alain. Anatomie.

TOMMASI Michel. Anatomie pathologique.
RIFFAT Georges. Hygiène.
JOUVET Michel. Pathologie expérimentale.
FAVRE-GILLY J. Hématologie.

Pharmacie

ODDOUX Lucien. Botanique et cryptogamie.
MALLEIN René. Chimie analytique.
GRAS Jean. Chimie biologique.
PEYRIN J.-Olivier. Physique.

AGREGES EN EXERCICE

MATHIEU Jacques. Obstétrique.
MARION Joseph. Orthopédie.
GUINET Paul. Médecine générale.
PONT Maurice. Médecine générale.
VIGNON Georges. Médecine générale.
REVOL Louis. Médecine générale.
PLAUCHU Marcel. Médecine générale.
TRAEGER Jules. Médecine générale.
MARION Pierre. Chirurgie générale.
MICHAUD Pierre. Chirurgie générale.
JAUBERT de Beaujeu Michel. Chirurgie générale.
SAUTOT Jean. Chirurgie générale.
GUILLEMIN G. Obstétrique.
BURTHIAULT R. Oto-rhino-laryngologie.
GIGNOUX Marcel. Pédiatrie.
FRANÇOIS René. Stomatologie.
FREIDEL Charles. Médecine générale.
DEVIC Michel. Médecine générale.
DESPIERRES Ch. Médecine générale.
De MOURGUES G. Chirurgie générale.
FRANCILLON J. Chirurgie générale.

SAUBIER Eugène. Chirurgie générale.
COLOMB Daniel. Dermatologie.
COLIN Marcel. Médecine légale.
TOLOT François. Médecine du travail.
GUYOTAT Jean. Neuro-psychiatrie.
SCHOTT Bernard. Neuro-psychiatrie.
DUMONT Martial. Obstétrique.
BONAMOUR G. Ophtalmologie.
DURAND Louis. Urologie.
GARDE Alexandre. Médecine générale.
PERRIN André. Médecine générale.
LARBRE François. Médecine générale.
MORNEX René. Médecine générale.
NORMAND Jean. Médecine générale.
MARET Gilbert. Chirurgie générale.
DESCOTES Jacq. Chirurgie générale.
CHASSARD J.-L. Electro-radiologie.
ALLEGRE Georges. Neuro-chirurgie.
HUGONNIER R. Ophtalmologie.
FAYSSE Robert. Orthopédie.
GAILLARD Jean. Oto-rhino-laryngologie.
KALB J.-Claude. Pneumo-phthisiologie.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. ROCHE ; Assesseurs : MM. COLIN, GUYOTAT, MARIN

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1962. — N° 12

A PROPOS DU SERVICE SOCIAL

RÉFLEXIONS CLINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

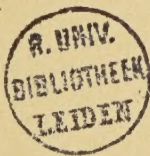
et soutenue publiquement le 29 Janvier 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Marc BOTTA

Né, le 29 Septembre 1935, à Cannes (Alpes-Maritimes)



LYON

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE A. REY

4, RUE GENTIL, 4

—
1962

CE TRAVAIL EST DÉDIÉ

A LA MÉMOIRE DE MON PARRAIN,

LE DOCTEUR ALBERT RABAL

A DANIELE

A MES PARENTS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHE

Professeur de Médecine Légale et Déontologie

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre très profonde et respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COLIN

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse après nous avoir accueilli comme auditeur libre des visites de la Salle Charcot.

Nous avons bénéficié de son enseignement au lit du malade et il nous a appris à toujours chercher l'homme derrière l'étiquette nosologique.

Nous le prions de croire à notre très respectueuse admiration.

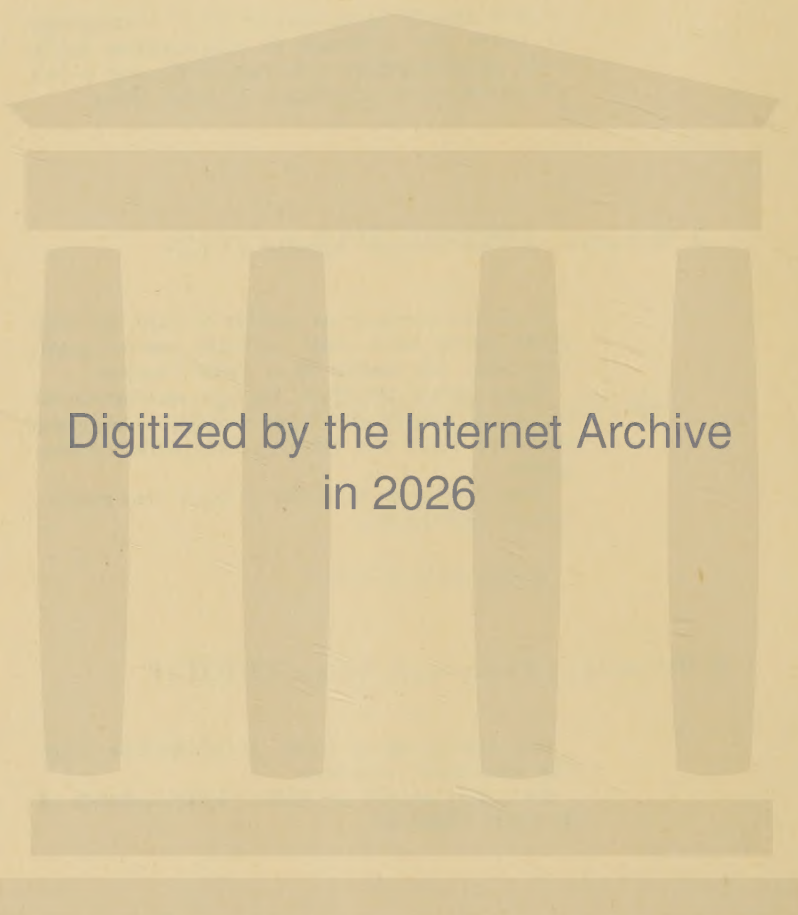
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUYOTAT

Son enseignement nous a familiarisé avec une discipline complexe.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et de notre déférence.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARIN

Il a bien voulu accepter de nous juger. Nous le prions d'agréer l'expression de notre considération et de nos sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MALLET-GUY,

MONSIEUR LE DOCTEUR OLLAGNIER,

MONSIEUR LE DOCTEUR LABRY,

MONSIEUR LE DOCTEUR PÉTOURAUD,

MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET,

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM,

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEDALLIAN (*In Memoriam*).

Nous avons été leur externe.

A MONSIEUR MALDINEY

Professeur à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines

A PROPOS DU SERVICE SOCIAL

INTRODUCTION

Il nous a été proposé d'aborder, dans ce travail, l'étude des activités des membres du Service Social et principalement des problèmes qu'ils rencontrent dans leurs rapports avec les « clients » et le Corps Médical, et pour la solution desquels s'offrent à eux, sans systématisation aucune, nombre de recettes, de méthodes, et parfois, d'habitudes transmises par la tradition. Nous avons donc tenté d'en faire une approche critique, et essayé de découvrir, lorsque cela était possible, et les raisons de l'emploi de ces méthodes, et leurs implications tant sur le plan individuel que dans le domaine « social ».

Pour ce faire, nous nous sommes basé sur la certitude que la vérité de tout système, au sein des sciences sociales, ne se traduit pas en valeurs quantitatives, mais se découvre à la lumière des types de rapports humains qu'il rend possible.

Par ailleurs, une partie de ce travail représente la synthèse de conversations, de discussions, d'échanges d'idées que nous avons pu avoir avec des assistantes sociales travaillant au sein d'organismes divers, mais aussi avec des éducateurs, des psychologues, et également avec des sociologues.

Le lien qui nous a permis de confronter les différentes données rassemblées au cours de ces entretiens provient de ce que tous étaient amenés, de par l'exercice de leur profession, à « rencontrer » d'autres personnes, en ayant des contacts sur le plan le plus personnel. Tous se sont accordés pour trouver délicat et fragile l'établissement et la conservation d'un véritable « dialogue ».

Ainsi, bien que nous ayons centré notre travail presque exclusivement sur l'activité des seuls membres du Service Social, il ne faudrait pas y voir une critique gratuite portant sur divers cas d'espèces.

Nous n'avons pas voulu faire nôtre cette manière de procéder afin de ne pas prêter le flanc à des justifications étayées par des considérations anecdotiques. Le seul exemple d'enquête sociale, que nous avons cité, a été considéré selon une visée exclusivement existentielle. La critique de l'erreur commise dans le cas précis ne se justifiait pas. Seulement, pour démontrer le mécanisme de l'erreur de jugement, nous nous sommes basé sur le fait qu'à travers cette visée, l'analyse de toute activité humaine ne peut dissocier « fond et forme ».

Si nous nous sommes uniquement préoccupé de l'aspect formel de l'enquête, c'était parce que nous étions persuadé que son étude rendrait compte de l'erreur sur le fond.

Nous voudrions, d'autre part, ébaucher — sans qu'on y voit une attitude présomptueuse — à l'attention de lecteurs éventuels, dont l'activité est directement concernée par le fait que cette étude envisage les problèmes du « travail social », une sorte de « mise en garde ».

Nous pensons, en effet, que la nécessité d'un « travail d'équipe » à laquelle nous a conduit l'étude critique des activités de ceux qui sont appelés à être des « techniciens de la rencontre », est suffisante pour démontrer que la critique de ces activités n'est en aucune façon dirigée contre l'individu ou la profession, mais rend compte des dangers d'un travail solitaire.

PLAN D'ÉTUDE

Après un bref rappel historique des idées et institutions sociales antérieures à l'avènement du Service Social contemporain, nous examinerons tout d'abord les effets, tant positifs que négatifs, de ces méthodes utilisées par les membres du Service Social pour assurer l'application individuelle de mesures générales.

Ceci nous conduira à postuler, pour toute activité sociale, l'exigence d'un type de relations inter-personnelles qui sauvegarde l'objectivité tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

Puis nous étudierons l'avantage des méthodes du « case-work » dans l'analyse individuelle des cas sociaux.

Ce faisant, cependant, nous apparaîtra la nécessité d'une liaison de cette discipline de compréhension psychologique à une orientation sociologique à bases rationnelles.

Enfin, l'existence d'un postulat fonctionnel et éthique que nous voulons voir commun aux deux professions, bien que sur un plan différent, nous conduira à poser le problème des rapports entre le Corps Médical et le Service Social. Ces rapports étaient amenés à être d'autant plus étroits que nous envisageons, finalement, la formation et le fonctionnement d'équipes médico-sociales.

GENÈSE, ÉVOLUTION HISTORIQUE ET ANALYSE DES IDÉES INSTITUTIONS ET ACTIVITÉS SOCIALES

Pour situer, dans une perspective exacte, le Service Social, il nous a paru bon d'examiner dans le cadre d'un bref rappel historique les principaux moments de l'élaboration des institutions et des organismes d'action sociale.

— Au xvi^e siècle — en 1526 — Jean-Luis Vives, humaniste espagnol, ami d'Erasme, proposait un recensement des indigents rue par rue, réclamant pour eux le droit à une assistance efficace, puisque « réglée par une enquête circonstanciée » permettant un diagnostic et un traitement *individualisés*, le tout devant s'inscrire dans le cadre de mesures non plus palliatives mais curatives et même préventives.

— Au xvii^e siècle — en 1633 — ce fut la création par M. Vincent, alors aumônier des galères, des Filles de la Charité qui devaient « rendre aux pauvres tous les services » et « les assister de toutes les manières ».

Cependant, à la même époque, la Royauté avait une politique charitable qui « se fondait moins sur un principe humanitaire que sur une nécessité d'ordre public » (1). Elle reposait en effet sur l'urgence des mesures à prendre pour enrayer les progrès de la mendicité. Elle exigeait, de plus, une discrimination entre *vrais* et *faux* pauvres, qui se fondait moins sur des facteurs socio-économiques que sur des considérations moralisatrices.

Ainsi, parmi les différentes conditions d'admission au grand Bureau de la Charité de la Ville de Paris était exigée, entre autres : l'appartenance à la religion catholique et à une certaine position sociale (la préférence étant accordée aux Maîtres de Métier).

Dans le même ordre d'idée, l'article 10 du Règlement de la Compagnie de la Paroisse Saint-Eustache précisait : « Le soin des âmes doit être préféré à celui des corps. »

— Au XVIII^e siècle, il faut noter les préoccupations *sociales* des Encyclopédistes, dont le mouvement eut une audience considérable. Ainsi, en 1753, Turgot, alors ministre du roi, écrivait : « On « oublie que la Société est faite pour les particuliers, qu'elle n'est « instituée que pour soulager les droits de tous en assurant l'ac-
« complissement de tous les devoirs mutuels » (2).

Le désir de ces penseurs humanistes était de créer une assistance aux pauvres comme « service national assuré dans l'intérêt com-
« mun par les représentants de la collectivité, avec les moyens et
« les ressources dont la puissance sociale légitimement dispose » (3).

Ce fut la Constituante qui affirma solennellement cette nécessité d'un Service National d'Assistance en accord avec le principe énoncé très brutalement dans le premier rapport du Comité de Mendicité de 1790 : « ...la misère des peuples est un tort des gouvernements ».

Le plan de la Convention décidait que tout homme malade ou sans ressources devait être secouru *avec égalité*, au moyen de fonds fourni par l'Etat.

Ces idées généreuses exigeaient un effort financier considérable et l'organisation complète d'institutions appropriées qui ne purent être réalisées dans le cadre des bouleversements économiques et sociaux qui suivirent la Révolution.

— Le XIX^e siècle, par contre, vit éclore, dans divers pays, des groupes et organismes *privés*, qui s'attachèrent à mettre en appli-
cation les principes d'une assistance *individualisée*.

En 1859, William Rathbone et Florence Nightingale fondaient, à Liverpool, le District Nursing. C'était un corps d'infirmières dont les visites à domicile devaient assurer non seulement les soins aux malades nécessiteux mais encore la lutte contre les fléaux sociaux.

En 1877, Joséphine Shaw Lowell mettait sur pied la « Charity Organisation Society » de New York, dont les visites à domicile étaient également l'activité principale. Celle-ci visait, en plus, à développer, selon la doctrine de Thomas Chalmers, « l'aptitude des pauvres à se suffire à eux-mêmes ».

Le 15 juillet 1893, une loi française obligeait à la création d'un bureau d'assistance dans chaque commune.

En 1895, les bonnes œuvres de Lady Almoner étaient introduites au Royal Free Hospital de Londres sur l'initiative de Sir Charles Loch, secrétaire de la Société d'Organisation de la Charité.

En 1899, l'Ecole de Philanthropie était fondée à New York.

— Au xx^e siècle, en France, principalement sous la III^e République, un système relativement complet d'assistance voyait le jour.

En 1904, loi sur la protection de l'enfance.

Aux U.S.A., en 1905, le Major Richard C. Cabot créait le Service Social à l'Hôpital. Il en réclamait une activité précise : servir d'*agent de liaison* entre le médecin et le milieu social du malade et entre le malade et les institutions sociales dont il pouvait bénéficier.

En novembre 1913, Mme le D^r Nageotte-Wilbouchewieth faisait connaître, en France, les réalisations du Major Cabot dans le *Bulletin de la Société Française de Pédiatrie*.

En 1920, Mlle Hardouin, alors surintendante d'usine, mettait sur pied les Caisses de Compensation destinées à verser des sursalaires familiaux.

En 1922, création du diplôme national d'Assistants de Service Social.

Entre 1920-1930, apparition des premiers textes d'assurances sociales.

En mars 1932, le versement des allocations familiales était

confié aux Caisses de Compensation, devenues les Caisses d'Allocations Familiales.

Au mois de janvier 1939, les deux groupes d'infirmières visiteuses d'Hygiène Sociale et d'Assistantes Sociales fusionnaient.

En 1945-1946, création de la Sécurité Sociale.

En 1953, réforme de la législation d'assistance par le décret du 29 novembre qui faisait la liaison entre les divers textes et organismes antérieurs et érigeait les bureaux de bienfaisance créés conformément à la loi de Frimaire an V, en bureaux d'Aide Sociale.

Ainsi, si l'on considère les institutions sociales existantes, on peut remarquer qu'elles sont essentiellement des institutions adoptées par les *Pouvoirs Publics* en réponse à des problèmes socio-économiques sur la base de réalisations dues le plus souvent à des initiatives individuelles.

Elles appellent donc certaines questions. En fait, nous ne répondons qu'à celle posée par Mme le Dr Sailer, qui nous paraît fondamentale en ce sens qu'elle résume toutes les autres : « N'y aurait-il pas lieu d'identifier les effets positifs et négatifs de ces mesures... ? »

Leurs conséquences favorables sont manifestes, il nous suffira donc d'en donner une rapide synthèse.

— Tout d'abord, il est certain que la grande majorité de ces mesures représente un effort vers la *concrétisation* de l'idéologie révolutionnaire. Ce souci de répondre à des besoins individuels par des mesures collectives est bien dans la ligne politique du slogan des journées de 1789 : « Liberté - Egalité - Fraternité. »

— Cette réponse est encore plus adaptée à l'individu du fait qu'a été organisée par l'Etat une profession à qui ont été confiées « ces fonctions d'interprète des ressources et des besoins particuliers de chaque individu au regard de spécialistes et d'institutions portées à ne voir en lui qu'un exemplaire quelconque d'un type général » (4). Cela aboutit au fait qu'« il est peu d'organismes

d'Action sociale qui ne se soient adjoint des techniciens qui les assistent dans leurs activités » (5).

— Enfin, il est certain que l'étude comparative des moyens employés pour lutter contre les causes de la pauvreté et des résultats qui en ont découlé a mis en évidence le rôle très important des données *subjectives* dans l'appréciation d'un problème humain.

L'importance accordée aux *relations humaines* en découle. L'isolement social n'est plus une idée abstraite, on en connaît toutes les conséquences et l'on tente de remédier à ces causes, afin de permettre à l'individu ou à la famille de renouer ces rapports humains que l'on sait indispensables.

Cette préoccupation étant encore accentuée par le fait que les institutions à visée sociale sont, comme nous l'avons vu, *adaptées* par des individus dont l'activité se fonde sur un contact inter-individuel.

Les services sociaux y attachent une importance énorme et leurs représentants soulignent que « c'est dans ce sens — (sans nier la « recherche d'un mieux-être pour tous) — que l'Assistante doit « aujourd'hui considérer son travail quotidien afin de le rendre « efficace » (6).

Les méthodes de travail social s'appuient désormais sur les données de la *psychologie*, de la *psychologie sociale*, et même de la *sociologie* ; mais il faut se demander si, comme le dit également Mme Sailer, ces méthodes ne sont pas différentes « du bon sens des politiciens », si les problèmes ne sont pas « résolus surtout par intuition, en se basant sur des impressions ».

La seule garantie contre un mauvais usage des instruments est une profonde connaissance des conséquences de l'action. Il est donc nécessaire de faire une étude approfondie de ces méthodes.

Nous avons vu que l'action est dirigée vers la concrétisation de l'idéal légué par une *révolution politique* sous la forme des Droits de l'Homme et du Citoyen. Mais cette révolution n'est pas la seule qu'ait connue notre Société.

Elle a précédé la *révolution économique* issue du machinisme industriel. Celle-ci a abouti à une structure organisée de telle sorte

que la masse consommatrice ne peut agir elle-même sur les mécanismes de la production sans renverser les fondements mêmes de cette économie.

Il peut donc en découler une « opposition entre une égalité « juridique et politique affirmée et proclamée, et une inégalité « économique et sociale croissante, entre une liberté théorique et « l'impossibilité trop fréquente pour le plus grand nombre d'en « jouir réellement » (7). Cela explique que P. Laroque ait pu dire que l'action sociale, « dans la mesure où elle s'applique à l'ensemble des producteurs, supplée à l'insuffisance des salaires ». La législation sociale n'étant plus destinée alors qu'à atténuer l'opposition existante entre les textes juridiques et les réalités économiques.

Cependant on ne peut voir, à moins de mauvaise foi, dans l'action sociale, des efforts exclusivement menés dans le but de masquer une inégalité économique essentielle.

Ce rapport entre le social et l'économique existe, mais il pèse sur le développement des institutions sociales à visées égalitaires. En effet, les bases économiques de notre société sont celles d'un capitalisme au sens large : concentration des moyens de production entre les mains d'une minorité. Cela nécessite, pour qu'un changement quelconque de structures puisse survenir, l'existence d'une pression importante de la part d'un groupe antagoniste.

Les techniciens du Service Social, lorsqu'ils veulent, en se faisant l'interprète des besoins individuels, modifier, pour les adapter, les structures existantes, doivent représenter une puissance suffisante.

Au sein de notre société ces critères d'efficacité sont d'ordre numérique ou financier. Le Service Social n'y répondant en aucune façon, son action, « fruit de patients efforts, demeure à la « merci d'une de ces sautes de vent économique ou politique, « d'une de ces révolutions profondes dont l'histoire nous montre « de nombreux exemples » (8).

Dans cette optique, on peut même se demander si cette *délégation* aux assistantes des « fonctions d'interprète » n'est pas utilisé par la minorité, qui tient en mains les mécanismes présidant à la production, dans le cadre d'un transfert de responsabilité, en

s'appuyant sur le caractère équivoque des réalisations sociales des Pouvoirs publics.

Toutes aboutissent à une sollicitude d'essence *paternaliste*. Elles possèdent donc deux directions de sens, puisque pouvant participer soit d'un désir de maintien des structures par un autoritarisme rigide, soit d'un désir d'assistance désintéressé.

Mais il y a plus. Il semble que cette équivoque subsiste au niveau même de l'action inter-individuelle, et que les techniciens du Service Social n'en aient pas suffisamment conscience.

Certaines de leurs méthodes d'action reposent, en effet, sur de nouvelles données des sciences de l'homme, c'est-à-dire, en particulier, le fait que les mécanismes psychiques sont des expressions de l'intersubjectivité ; que les problèmes sociaux s'intègrent dans un « tout psycho-social » (9).

Lorsque ces techniciens entreprennent une activité thérapeutique — visant à résoudre le problème d'un individu — il faut, bien sûr, que les méthodes d'action « s'exercent d'abord sur le plan intérieur » (10), mais il faut aussi qu'ils se rendent compte des principes au nom desquels ils agissent sur ce plan.

— Certains de ces principes posent l'identité entre désadaptation sociale et névrose. Il est donc nécessaire, pour la réduire, d'ajuster l'individu en référence à un *principe de réalité* commun. Ce principe est assimilé à la réalité de la structure historique présente. En conséquence il devient de nos jours, comme le démontre Herbert Marcuse (11), un *principe de rendement* d'ordre économique.

Tout redressement d'une personnalité ne vise plus alors qu'à étouffer des symptômes qui troublent l'ordre mécanisé exigé en vue d'une meilleure productivité. On aboutit à poser « comme « naturels les rapports sociaux existants, comme normale, l'intégration de l'individu à ces rapports, tels qu'ils se présentent et « (on) explique les difficultés qu'elle rencontre par des défaillances d'ordre privé » (12). Ce faisant, on risque d'augmenter la pression sociale à l'égard de certains individus, en les maintenant dans des structures inadéquates.

— Le résultat est d'ailleurs identique si, au nom d'autres principes, on rend responsable des tensions une névrose collective.

Dans ce cas, d'une part, partant du fait que la Société est névrosée dans son ensemble, tout effort visant à l'exorciser à travers une thérapeutique individuelle serait névrotique, puisqu'il a lieu dans le cadre de la névrose générale. D'autre part, comme « la structure sociale n'est pas une névrose, (qu') elle est tout au plus névrosante », organiser l'action exclusivement sur le plan intérieur « c'est se livrer à de vagues analogies et contribuer à faire avorter l'action sociale adéquate en la remplaçant par des actions d'hygiène » (13).

Ces deux hypothèses ont, cependant, un fondement commun. Les causes du dérangement sont dans les deux cas d'ordre interne. Or, Jean Stoezel a bien mis en évidence le fait que les *conceptions causales* d'un trouble quelconque s'accompagnaient toujours d'une *conception morale*.

Ainsi lorsqu'on met, actuellement, l'accent sur cette conception *endogène* des troubles, on met en lumière la culpabilité propre de l'individu ou d'une image abstraite de la Société.

Cette conception a donc de fortes chances d'être soutenue par ceux qui ont le plus d'intérêt à conserver certaines structures. En conséquence, si les travailleurs sociaux, en utilisant les données d'autres disciplines, ne tiennent pas compte de ce que les bases économiques, culturelles et historiques sont différentes pour chaque groupe, ils risquent fort de transformer ces bases en postulats et la méthodologie en axiologie.

Ce qui est grave, si l'on pense qu'« une société ne devient consciente de ses postulats seulement quand ils ont cessé d'être adéquats, ce qui pose des problèmes sociaux » (14).

Toute thérapeutique sociale devient inopérante si elle vise à guérir le sujet qui souffre en *scotomisant* l'objet dont il souffre. On ne peut isoler les concepts de *vécu intérieur* et d'*événement extérieur*. Comme le dit Binswanger, « nous devons toujours avoir présent à nos yeux l'indissociable unité du vécu et du

« monde » (15). C'est cette unité dont rend compte le concept de *situation* qui se définit comme un mode d'être, dans le monde humain.

Elle ne peut donc être compréhensible, dans ses multiples aspects, que par un abord phénoménologique. Cette approche, pour se conformer à l'essence et à la méthode de la phénoménologie, doit être centrée sur l'autodescription de la situation. L'individu livrant ses problèmes et celui qui les recueille devant être en mesure d'en dégager les conditions biologiques, psychologiques et sociologiques qui ont structuré, parmi la « communauté, des possibilités d'être humaines », les modes d'échec de certaines d'entre elles. L'échec *est* une situation qu'il faut pouvoir reconnaître. Seule cette reconnaissance permettra d'entreprendre une thérapeutique visant à guérir et non à consoler. L'activité curative nécessite une connaissance préalable des diverses « situations ».

Ainsi on se trouve devant la nécessité, pour l'assistante, de pouvoir se *mettre au diapason* d'un « être dans le monde humain », afin de l'aider à réaliser et sa *personnalité*, en lui faisant prendre conscience de ses propres possibilités, et son *existence sociale* en dévoilant ou en créant en commun des structures sociales où ces possibilités puissent se concrétiser.

Cette double exigence ne peut se réaliser, croyons-nous, qu'à travers une rencontre authentique.

Il nous faut donc, d'abord, examiner et définir la rencontre. Puis, analyser certains aspects particuliers de la *relation assistante-client* pour saisir le sens des éléments qui la différencient de cette rencontre en la rendant inopérante et, parfois même, pathogène.

LA RENCONTRE

Dans sa définition phénoménologique, la rencontre inter-humaine se pose comme une *coexistence*. C'est-à-dire qu'à travers elle deux existences peuvent se manifester dans leur totalité. Elle exige donc une intégrité d'ordre dynamique en ce sens qu'elle réclame pour chacun des deux partenaires la possibilité « d'être ce que l'on n'est pas et (de) devenir ce que l'on est déjà ».

Ainsi la rencontre n'est authentique que si, à travers une relation intersubjective, elle conserve à chacun une qualité d'être qui est d'ordre transcendantal. Cette transcendance étant, selon Heidegger, la virtualité d'un « ensemble dans lequel chaque réalité humaine pourra respectivement exister ».

Or, comme l'écrit Merleau-Ponty, nous ne nous transformons réciproquement en objets « que si nous faisons l'un et l'autre regard inhumain, si chacun sent ses actions non pas reprises et comprises mais observées comme celles d'un insecte » (16).

Ces deux alternatives ont été étudiées par Erwin Strauss (17). Pour cet auteur, ce qui marque l'opposition entre la *perception* (observer) et la *sensation* (reprendre et comprendre) c'est le caractère sympathique de la sensation.

Cette expérience sympathique (du « reprendre et comprendre » de Merleau-Ponty) ne doit pas être prise dans le sens d'une simple contagion affective, comme être sensible à l'ambiance d'une fête foraine, mais dans celui d'un sentiment où deux êtres sont *unis ensemble dans un même événement*. Sympathiser avec quelqu'un ce n'est pas éprouver sa douleur, mais, selon l'étymologie littérale, un souffrir-avec, un re-vivre du sentiment de l'autre, posé comme *alter ego*.

D'autre part, dans le même temps qu'on choisit d'aller vers

l'autre il faut que l'on puisse « faire don de soi-même de manière à ce que quelque chose puisse nous arriver » (18).

Cette *communication dans la réciprocité*, grâce à laquelle autrui n'est pas réduit à un contour, à un profil, dans une image qui l'objective, ne peut avoir lieu sans qu'il se produise quelque ébranlement affectif. L'expérience sympathique n'est donc pas seulement un sentir mais un re-sentir chez un « être capable de participer à l'être » (19) qui seul peut reprendre et comprendre la situation de l'autre.

Cependant, dans l'analyse d'une situation par l'un des deux partenaires, il est clair qu'une véritable séméiologie phénoménologique l'obligerait à parcourir l'infinité des apparitions passées, présentes et possibles de l'autre pour l'appréhender selon son essence transcendente. Il est donc dans l'obligation d'en choisir, d'en sélectionner un nombre fini. Dès lors cette séméiologie discriminative et les conduites qui en découlent sont *ses propres apparitions* et vont révéler « son mode d'engagement dans la situation de rencontre » (20).

Ainsi on ne peut définir l'authenticité de la rencontre qu'à travers une perspective opératoire, dynamique, où *la vérité est déduite de la méthode*. L'axiomatique ne pouvant jamais, de ce fait, être définitive.

Dans cette perspective, il nous semble que ce qui vient dénaturer la relation assistant-client en empêchant cette mise au diapason qui permet, comme nous l'avons vu, d'accéder à une véritable coexistence, ce sont les limites des facultés de résonance de l'assistante.

Ces limites sont de deux ordres : celles qu'elle se donne et celles qu'elle reçoit.

Il nous faut donc, présentement, essayer de nous rendre compte de l'importance et de l'origine de ces éléments limitatifs tant endogènes qu'exogènes.

Les plus évidents sont ceux qui proviennent du client.

Nous empruntons leur classification à Th. Kammerer (21). Celui-ci analyse les visages qui s'offrent à l'inculpé sous les espèces de l'expert au cours de l'expertise mentale criminelle.

Or, il nous semble possible d'extrapoler ces projections dans le cadre des formes prises par la relation assistante-client.

— L'une peut être due au simple fait de l'immixtion d'une assistante au sein d'une famille défavorisée sur le plan économique. Celle-ci la range automatiquement dans une catégorie sociale bien désignée : celle des *assistés*, des *secourus* ou même des *surveillés*. Il s'agit là, en conséquence, d'une prise de contact qui peut apparaître, à des degrés divers, comme une incursion de type *policier*. Elle va donc entraîner, vis-à-vis de l'assistante, une réaction de méfiance, de crainte, qui risque de se transformer, par un renversement psychologiquement fréquent, en attitude agressive de la part des membres de cette famille.

— L'autre forme de relation provient de ce que l'assistante, par sa présentation, son langage, ses attitudes, marque son origine *bourgeoise*. Elle risque donc de provoquer chez le client *prolétaire* des conduites destinées à la circonvenir.

— La troisième, plus grave selon nous, et combien plus fréquente, est issue de son acceptation en tant que *protectrice*. Dans ce cas, trop souvent le client l'identifie inconsciemment à des figures parentales, d'où la possibilité que surviennent des conduites de dépendance dans le cadre d'une infantilisation régressive.

Ces éléments réduisent, bien sûr, la réciprocité, mais comme il apparaît dans leur étude, ils sont, en réalité, le fait de l'assistante qui donne prise, de par son attitude, à une interprétation. Il est donc beaucoup plus important d'examiner ses propres éléments restrictifs, c'est-à-dire ceux qu'elle se donne.

Etant dans l'impossibilité de les passer tous en revue, car il nous faudrait pour cela prendre en considération un nombre infini de conduites, nous nous limiterons à l'examen de deux d'entre elles.

La première peut être qualifiée d'attitude *désengagée*, la seconde d'attitude *activiste*.

L'attitude désengagée nous semble reposer sur ce que Binswanger, dans sa phénoménologie des relations sociales, appelle le « prendre par tel ou tel côté ». C'est un mode de rencontre auquel

on accède par la notion d'uniformité de la nature humaine. « On renonce à connaître dans sa totalité l'être du partenaire » (22). On ne fait jouer dans les relations avec autrui que les traits les plus superficiels. On tire d'une enquête hâtive des jugements stéréotypés. Ces jugements ne sont pas d'ailleurs intrinsèquement faux, mais ils correspondent, comme nous allons le voir, au fait qu'il y a eu méconnaissance totale de la situation réelle.

Voici, par exemple, le compte rendu d'une enquête sociale :

CONTACTS AVEC LA FAMILLE ET OPINIONS. — *Avec la mère* : Elle est jeune, de tenue impeccable, habillée avec goût ; sa présentation et sa conversation trahissent une éducation solide et une certaine instruction. Elle est d'emblée spontanée, ouverte, paraît clairvoyante sur les causes possibles du comportement de son fils : éducation trop libérale, divergences de vues entre elle-même et son mari en cette matière.

Le père : paraît très débonnaire.

CONCLUSION. — Le placement en internat spécialisé paraît nécessaire pour le soustraire aux influences du quartier et pallier l'insuffisance éducative des parents.

En réalité, l'examen médico-psychologique concluait de manière bien différente : « Caractère conflictuel des relations mère-fils. Mère perfectionniste, moralisatrice, agressivité mal dissimulée à l'égard de ce fils aîné. Psychothérapie couplée de la mère et du fils. Ecole des parents. »

Nous ne jugerons pas les conclusions isolées de l'assistante. Nous essayerons simplement de montrer que, dans la situation de rencontre avec la mère, elle a réduit celle-ci à un profil, à un « côté » univoque. Cette réduction se faisant sur la base de la croyance à l'uniformité de la nature humaine.

Cette notion fait partie de ce que Roland Barthes (23) nomme : « l'univers petit bourgeois ». Il cite d'ailleurs, à ce propos, la définition de Gorki : « Le petit bourgeois c'est l'homme qui s'est préféré. »

Ainsi la lecture de ce rapport trahit l'assistante, en ce qu'elle voit « tous les faits de confrontation comme des faits réverbérants ». Elle porte ses jugements à travers une *visée narcissique* où les valeurs sont en référence constante à celles de son monde particulier. Monde où l'apparaître est soigneusement

apprécié en vertu d'une échelle relationnelle dont le moi est l'étalon et où autrui n'est jamais *une transcendance qui nie dans le moment même toute saisie objectivante*, mais où il est réduit à un côté objectif interchangeable pouvant, de ce fait, être suivi et relaté à travers une suite de clichés de stéréotypes. En aucune façon il n'est rendu compte de la véritable *situation* : « Tout autre est réduit au même » (24). Il n'y a plus participation avec l'autre, mais contemplation de *l'image de soi*, acte qui n'est possible qu'en face d'un moi-objet.

Pour ce qui est de la seconde attitude, il apparaît que le climat dans la rencontre soit entièrement dominé par les seules données du problème : « la conjoncture momentanée décide de l'action sans intervention aucune du passé et de l'avenir ni d'aucun lien d'aucune sorte ». Cette absence de liens, qui équivaut à une absence de participation, est motivée par le refus d'une rencontre authentique.

Refus peut-être inconscient mais dont les motivations sont claires. En effet, la rencontre suppose une communication réciproque entraînant un quelconque ébranlement affectif.

Ainsi la coexistence, même fugitive, avec un autre en position de détresse (qu'elle soit morale ou physique), est génératrice d'angoisse. Il semble alors que tout se passe comme si l'orientation exclusive vers la *praxis*, vers l'acte technique, soit l'équivalent d'une fuite hors de cette existence du *nous* dans ce qu'elle renferme d'angoissant.

Comme le fait remarquer Binswanger, « l'existence sur le mode du nous échappe à la dimension de l'intentionnel, de toute action technique ». Elle suppose donc un suspens de l'activité expansive.

Mais alors, l'authenticité de la rencontre conduit-elle à un « effondrement masochiste » pour reprendre la formule-choc de Balvet ?

En réalité il faut se défier d'une interprétation psychanalytique trop littérale. La passivité masochiste peut aussi déboucher sur une option éthique, à savoir : « la découverte d'une valeur positive dans ce qui n'a d'abord qu'une valeur négative et qu'on commence par accueillir avec déplaisir » (25).

C'est ce qui caractérise, pour Buytendijk, l'univers de la femme dont l'existence est sous-tendue par une *éthique de sensibilité*. Cette sensibilité ne conduisant pas à l'émotion affective, mais à

l'amour « qui sait que le véritable ne peut être possédé que sous la forme du don » (26). Bien que, d'autre part, cet univers ne puisse s'humaniser pleinement sans l'élément viril masculin.

La fusion de ces deux éléments se fait le plus souvent dans les conduites maternelles. La mère, d'une part, vise à travers le geste et les paroles de tendresse, « à se rendre présente comme personne, à se soucier de l'autre comme personne » (27), non comme objet (de soins) et, d'autre part, tend à construire un être total dans la liberté.

L'authenticité de l'acte pour autrui est donc déterminée par l'acceptation de l'autre en tant que personne, ce qui a comme corollaire *l'oblativité personnelle*.

Ainsi on peut dire que cet activisme est une conduite doublement inauthentique et pathogène puisqu'elle échappe aux conduites d'un monde du soin, tout en entraînant une situation de dépendance qui infantilise le client.

Il nous faut donc le placer sur le même plan que les conduites maternelles hyperprotectrices, dont elle partage les motivations profondes.

On pourrait, d'ailleurs, affirmer que les différentes conduites de l'assistante proviennent de l'ambiguïté fondamentale, pesant sur les dimensions de son existence. Celles-ci participent à la fois de son *rêve* et des nécessités de sa *situation au monde*.

Simone de Beauvoir a excellemment défini cette ambiguïté, en mettant l'accent sur le choix éthique qui s'ouvre à la femme dans la société occidentale contemporaine : « autonomie ou hétéronomie ». Elle s'y trouve placée entre l'accomplissement, en tant qu'*être*, de sa liberté originelle, et l'abandon, en tant qu'*objet*, aux forces et aux volontés étrangères.

Pour être appréciée à la fois par les hommes et par les femmes, elle doit « être intelligente, séduisante, savoir tirer le meilleur parti d'elle-même, par la façon de s'habiller et ses manières..., mener sa maison et sa famille d'une main experte afin que son mari reste épris d'elle et que ses enfants surmontent les risques nutritifs, psychologiques et éthiques de la maturation et soient eux-mêmes une réussite : et, encore, avoir du temps pour l'exté-

rieur... » (28). Avec cependant une restriction fondamentale : chaque succès extérieur marque pour elle, dans le milieu bourgeois, un recul de sa féminité.

Ainsi, dans la première conduite que nous avons analysée, l'assistante semble avoir accepté d'être l'*objet hétéronome*, et elle ne peut, pour rendre compte de sa rencontre avec la mère, qu'user des jugements formels que la Société porte sur elle en tant qu'objet.

Par ailleurs, dans la perspective d'un *accomplissement autonome*, il est sûr que pour les assistantes chez qui, selon une enquête de l'O.M.S. (1954), on compte jusqu'à 84 % de célibataires dans certaines régions françaises, la vocation sociale peut être substitutive de la vocation maternelle. C'est en effet l'une des professions où la femme peut développer une éthique de sacrifice et d'abandon lorsqu'elle s'y consacre dans une perspective d'accomplissement de l'existence féminine dont la fonction, comme l'a dit Alain, « est de conserver la forme humaine et de la protéger ».

Mais bien souvent les assistantes expliquent qu'elles ont choisi cette carrière parce qu'elle est intéressante et qu'on y peut *réussir* sur le mode viril sans s'attirer une quelconque réprobation sociale.

Il risque donc de s'agir pour certaines d'entre elles, non pas de la substitution consciente et valorisante d'une *profession choisie*, à une *conduite plus ou moins bien assumée*, mais d'une tentative pour justifier, sur un mode agressif et viril, leur stérilité.

La raison de cette stérilité est évidemment le refus d'une existence sexuellement asservie, mais ce refus n'est pas valorisé dans une conduite faisant appel aux valeurs féminines. Celles-ci sont, au contraire, niées par la volonté d'accéder à une existence autonome, laquelle n'est tolérée sans réprobation sociale que pour les *mâles*. D'où cet essai de masculinisation d'une profession qui n'est réellement valorisante qu'à travers une éthique féminine du souci et tous les contre-sens qui en découlent sur le plan des conduites.

En bref, il semble que la cause principale de ces conduites ina-

déquates de l'assistance vis-à-vis d'une situation quelconque réside dans la méconnaissance qu'elle a de sa *situation* personnelle et, par conséquent, de l'impossibilité qu'elle a de s'engager d'une manière valorisante pour le client, dans la situation de rencontre. Par suite, ce qui importe essentiellement, c'est que les assistantes aient la possibilité de se conformer à la devise socratique : « Connais-toi toi-même. »

Nous l'avons vu, « être placé dans le rôle de bienfaiteur, de « mentor, de guide ou de directeur, crée aussi des réactions affectives chez la personne qui assume ce rôle : l'assistante, sans « connaissances techniques et connaissances de soi suffisantes, « peut utiliser ce rapport avec le client pour satisfaire ses propres « besoins d'autorité, de dépendance ou d'affectivité » (29).

La formation professionnelle doit donc aider l'assistante « à « devenir consciente de ses sentiments, de son attitude et de sa « manière propre d'établir des relations avec les autres » : puisque sa profession la place dans l'obligation *d'accepter* et de *comprendre* les conduites du client.

Ces deux actes : *accepter* et *comprendre*, n'étant pas, somme toute, bien différents du « reprendre et comprendre » exigés par Merleau-Ponty pour que soit respecté l'autre en tant que personne.

Nous retrouvons d'ailleurs cette exigence du respect de la personne comme fondement éthique des méthodes d'analyse des cas individuels que l'on range sous le terme générique de « case-work ».

Il nous faut donc voir quels éléments importants sont apportés par le « case-work » dans la préparation méthodique des assistantes à une tâche qui les engage dans un réseau mouvant de situations où elles doivent se comporter en *acteurs-auteurs* et non plus intervenir comme *régisseurs*.

LE CASE-WORK

Cette méthode a été définie par Mary Richmond « comme l'art de faire des choses différentes avec des gens différents, en travaillant avec eux à réaliser tout à la fois leur amélioration et celle de la société ». Nous ne la détaillerons pas dans son ensemble, mais nous en tirerons quelques idées maîtresses.

Elle exige une formation essentiellement pratique à l'intérieur même des services sociaux, qui ne peut être donnée que dans le cadre d'une activité pratique « supervisée » individuellement. Cela, d'ailleurs, entraîne l'obligatoire disparition d'un système anachronique d'apprentissage qui se caractérisait par la tendance à *utiliser* plutôt qu'à *enseigner*.

Cette « supervision individuelle » a pour but d'intégrer des connaissances théoriques dans le travail pratique. En effet, même après un enseignement adéquat et bien assimilé, l'assistante, lorsqu'elle se retrouve seule devant un cas, est bien souvent paralysée par l'impossibilité d'appliquer concrètement les données intellectuelles de cet enseignement. Cela provient du fait « qu'elle est limitée par ses propres barrages. La supervision lui offre alors une possibilité de prendre conscience de ses difficultés, d'y réfléchir et, en en comprenant mieux la nature, de les dépasser » (30).

Le moteur de cette *connaissance de soi* est précisément l'accomplissement d'une rencontre. A travers cette expérience vécue en commun, en communication, son existence se réalise. Comme le dit Häbelein, on « devient conscient de soi dans l'unité avec autrui » (31).

De plus, on voit que dans l'accomplissement d'une rencontre, où la *situation d'aide* est vécue par l'assistante, celle-ci expérimente phénoménologiquement la situation future d'un de ses clients éventuels.

Cette situation, dominée par l'ambivalence du conflit entre « donner et recevoir », ne peut être surmontée, selon les case-workers, qu'à condition de reconnaître certains principes fondamentaux :

- Acceptation,
- Non-jugement,
- Respect de l'autonomie,
- Participation active,
- Neutralité affective vis-à-vis du client.

Ces principes, issus de la psychologie dynamique et essentiellement des travaux de Rogers, présentent de nombreux aspects positifs.

— Ainsi la neutralité de l'assistante sociale, qui accepte sans jugement toute expression de la part de son client, favorise un relâchement des réactions défensives de ce client et, donc, contribue à faire tomber les barrières externes qui restreignent l'étendue de sa propre échelle de résonances.

Par ailleurs, ce climat de compréhension du client augmente sa zone de sécurité, ce qui lui permet de considérer avec plus d'objectivité sa propre situation.

— Mais cette neutralité bienveillante et attentive de l'assistante permet-elle réellement au client d'user de la « libre initiative » d'une liberté, qui signifie « liberté pour fonder » ?

Bien sûr, lorsqu'on tente de plier quelqu'un par force à des valeurs qu'il n'a pas admises, c'est le traiter en objet, c'est l'intégrer par force à un système.

Pourtant, malgré sa neutralité, l'assistante se présente toujours, par rapport au client, en « position d'autorité ». Or, il y a au cours d'une relation suivie avec une personne en position d'autorité

« introjection des valeurs agies par cette personne dans la relation ». Autrement dit, « les attitudes que l'on a envers autrui jouent un rôle très significatif dans la façon dont autrui en vient à s'évaluer lui-même » (32). En conséquence, le client s'évaluera selon les attitudes qu'a l'assistante sociale envers les hommes.

Cette implication fait rentrer en ligne de compte, non plus sa *connaissance de l'homme* mais *l'image qu'elle s'en fait* et qui est en rapport avec un système de valeurs.

Or, il y a sûrement un lien entre ces valeurs et les normes du groupe auquel appartient l'assistante. Ainsi, si l'assistante n'a été qu'éclairée sur le plan des motivations psychologiques de son comportement, sans avoir pris conscience qu'il est également dépendant des *structures sociales*, son rôle n'aboutira qu'à une intégration de l'individu à ces structures quelles qu'elles soient. Ce mécanisme très subtil étant analogue à celui qui motivait l'opinion de Sartre, pour lequel traiter un individu « par persuasion et douceur, ce n'en est pas moins le contraindre » (33).

Il est donc indispensable que cette attitude bienveillante et attentive, qui est celle de l'assistante face au comportement d'une personne, soit intégrée, pour être positive, dans un contexte plus général.

L'étude des cas individuels ne peut être en aucun cas, ni purement *psychologique*, ni purement *sociologique*.

Si un homme a des difficultés dans son entreprise, il peut très bien avoir des conflits psychologiques et mener, du point de vue social, une action qui soit juste. L'orientation exclusive vers l'une ou l'autre de ces disciplines risquerait fort d'aboutir à des dilemmes insolubles du genre : un bon ouvrier est-il « celui qui satisfait aux tests psychométriques ou celui que ses camarades délèguent au Comité d'entreprise » (34) ?

Il doit se faire une *liaison* entre l'étude sociologique et l'étude psychologique des cas posés par le comportement d'un individu. Cette liaison permettra à l'assistante, grâce à une orientation adéquate, de replacer ce cas individuel au sein de l'univers social.

D'ailleurs cela lui est imposé par un double impératif :

— d'une part, la nécessité d'une *intégration sociale correcte de l'individu* ;

— d'autre part, l'obligation de participer à la *solution des pro-*

blèmes collectifs, car, dans le cadre de notre société industrielle, l'aide individuelle, d'une personne nommément désignée, n'est pas suffisante.

Il existe en effet, trop souvent, le même problème à l'échelon collectif. Comme le soulignait P. Chombard de Lauwe, « n'est-ce « pas une évasion de résoudre le cas de Mme X... ou de son enfant, « sans prendre garde aux cent mille personnes qui ont le même « droit à l'aide et que les structures sociales présentes obligent à « vivre dans des conditions inacceptables » ?

En conséquence, il faut que les travailleurs sociaux aient à leur disposition une méthode qui leur permette de répondre à cette double exigence.

Nous avons vu que l'effort de coexistence dans la rencontre (analogue à la « relation » des « case-workers ») leur permettait de saisir le véritable sens de la situation et, donc, de pouvoir guider favorablement le comportement de l'individu. Mais cet effort n'est pas suffisant pour que ce comportement soit véritablement intégré dans l'ensemble social.

L'approche diagnostique et thérapeutique d'un quelconque comportement humain doit tenir compte et de la *psyché individuelle*, et du *monde commun* où s'inscrit la vie quotidienne. C'est à l'interaction de ces deux domaines (le *particulier* et le *général*) que la situation prend *sens* pour l'individu. Ceci rend compte de la nécessité qu'il y a à connaître la situation des hommes les uns par rapport aux autres.

Il est indispensable d'avoir présent à l'esprit un tableau le plus complet possible de l'ensemble de ce monde commun qu'est la société.

La vision nouvelle des faits et des attitudes saisis dans la rencontre doit être liée à « des connaissances acquises d'une manière rationnelle » (35).

En effet, pour les membres du Service Social, entrer dans la psychologie et les sentiments d'un individu ce n'est que connaître ses *attitudes*, c'est-à-dire comprendre son comportement en réaction d'un événement dont il fait mention.

Il faut également lier cet effort à celui d'une saisie des détails de sa vie quotidienne, c'est-à-dire posséder une conscience claire

des événements qui se produisent dans sa *zone de relation au monde*. En d'autres termes, savoir quels événements l'affectent, alors que, souvent, il ne s'en rend pas compte lui-même. Par ce biais, l'assistante, étant, grâce à une mise au diapason préalable (la rencontre), consciente de l'influence de ces détails, pourra — d'une part, les révéler au client, le désaliéner en quelque sorte, — d'autre part, en multipliant ces prises de conscience, parvenir à la constitution de ce groupe antagoniste dont le volume numérique pourra efficacement faire pression sur la minorité réellement agissante, afin de modifier les structures sociales inadéquates.

Il nous faut donc voir présentement comment peut se constituer et s'enrichir d'une manière rationnelle, ce tableau qui permettra aux travailleurs sociaux de comprendre la portée de certains détails.

Le plus apte à le faire est, à notre avis, celui établi par P. Chombard de Lauwe. Il y répertorie tout un ensemble de ce qu'il nomme « les variables du milieu », et qu'il définit par ces termes : « lorsqu'on parle de variables, on étudie un élément qui « varie par rapport à un autre élément, sans savoir d'avance « quel est celui qui influe sur l'autre » (36).

Il ne présente donc pas une *axiologie*, mais bien une véritable *méthodologie*.

Cette nécessité d'une méthode de compréhension *adaptable*, quelles que soient les données de la situation, est renforcée par l'obligatoire adaptation de ces repères de compréhension à l'*évolution* de l'ensemble social.

Le monde commun où s'inscrit la vie quotidienne d'un individu est, cela n'est plus à démontrer, animé d'un dynamisme qui lui est propre. Les structures sociales, aussi stables qu'elles puissent paraître, ne représentent en réalité qu'un *état d'équilibre*. Elles ne peuvent, en aucun cas, être prises comme références normatives.

Cet état d'équilibre se fait au point d'interaction des trois forces motrices fondamentales de l'évolution sociale :

- les *transformations techniques*,
- les *variations économiques*,
- les *changements culturels*,

qui réagissent constamment les unes sur les autres.

Cependant il est certaines données de l'ensemble social qui dépendent plus directement de chacun de ces facteurs principaux. D'où la possibilité d'en dresser le tableau, tout en sachant combien cette distinction n'est qu'apparente.

<i>Transformations techniques</i>	Espace	Habitat géographique
		Densité population
		Habitation
		Circulation
	Temps	Rythmes annuels - Congés
		Rythmes quotidiens - Loisirs
	Travail	Développement technique
		Organisation du travail
<i>Variations économiques</i>	Comptabilité nationale	Salaire
	Production	Niveaux de vie
	Consommation	
<i>Changements culturels</i>	Attitudes philosophiques	Religion
		Politique
	Modèles culturels	Arts
		Lettres
	Education	

Comme nous l'avons souligné, tous ces groupes de variables sont liés entre eux.

La connaissance de ce tableau permet seulement de relier d'une manière rationnelle le comportement d'un individu à certaines composantes des structures sociales.

Quoi qu'il en soit, cependant, l'effort du Service Social risque, s'il reste le seul corps agissant, d'être incomplet.

En effet, l'intégration d'un individu ne peut être considérée comme complète, même après la disparition d'un isolement matériel. « On peut vivre complètement replié sur soi-même tout en ayant l'air parfaitement intégré dans la société. »

De plus, dans un groupe social identique, un homme à tendances schizophréniques ne sera pas intégré de la même manière qu'un sujet à tendances extra-tensives.

Enfin, il est toujours certains êtres dont les structures biologiques sont un empêchement de la réalisation de leur existence selon leur *état d'âme*, chez qui se pose le problème d'un « être, homme insuffisamment vécu », pour qui le champ de l'activité humaine n'est limité que d'une manière *endogène*.

Cette constatation nous oblige à envisager, dans le cadre de cette orientation, une participation *médicale* à l'effort *d'adultisation* de *l'homme malade*.

Cette nécessité fonctionnelle et éthique se trouve en face d'une double exigence de la part des *malades*. Ceux-ci réclament en effet :

— d'une part, le « droit aux soins » dans une *organisation collective* égalitaire ;

— d'autre part, le maintien d'un *colloque singulier* où, bien sûr, ce qu'ils réclament aux médecins dépend de ce qu'ils sont eux-mêmes.

Or, il se trouve que l'orientation médicale a dissocié la réponse à ces exigences légitimes et cette dissociation provient d'une double façon de concevoir la maladie.

L'une, *organiciste*, qui individualise et l'organe touché et l'élément agresseur.

L'autre, *structuraliste et fonctionnelle*, qui s'attache à saisir l'homme dans son *comportement* total.

La première a abouti à la technicité, donc à de hauts rendements et, par suite, à une réponse exclusivement collective. La seconde, par contre, de par ses exigences, ne peut donner que des réponses individuelles.

Cependant, avant de chercher à donner une solution à ces divergences doctrinales, en recherchant un moyen de satisfaire à la demande collective, en sauvegardant chaque cas d'espèce, il nous faut rendre compte des deux griefs principaux que l'on est en droit de faire à l'encontre d'une médecine essentiellement organiste.

D'une part, il est certain qu'elle présente le risque (si ce n'est déjà la réalité) du fait que les malades transfèrent leur confiance du médecin à la drogue ou à l'appareil technique. Ce déplacement de causalité thérapeutique détruisant, à coup sûr, l'hypothétique survivance de la valeur accordée au colloque singulier, et sonnant le glas d'une relation inter-subjective, parfois essentielle pour le malade.

D'autre part, « la grande tentation du malade qui découvre que son corps peut être l'objet de soins attentifs n'est-elle pas de se servir de ce corps pour se replier sur lui-même » (37) ?

Le médecin se doit d'utiliser les techniques non pour la *domination* du malade mais pour sa *compréhension*. Sinon il risque d'être réduit à sa *fonction*.

Cette réduction est d'autant plus dangereuse qu'elle implique la suprématie du geste, celle du faire sur le comprendre.

Le geste se confond finalement avec l'acte. Ceci étant, comme le dit R. Barthes (38), « le fondement de la désinvolture » de cette attitude qui « affirme que seul le silence est efficace ». Par suite, le mot n'a plus de fonction, il reste « un univers de gestes qui forment une somme de l'efficacité pure ». Mais une telle efficacité conduit tout droit :

— d'une part, à l'isolement du médecin, donc à la perte de ce contact humain déjà si difficile à obtenir et à sauvegarder ;

— d'autre part, à l'introduction du malade dans un univers *magique* de par l'existence d'une apparente liaison directe entre la cause et l'effet, et donc à son infantilisation au sein d'un monde imaginaire.

Cette double impasse n'étant pas, somme toute, très éloignée de celle à laquelle aboutissait l'attitude activiste que nous avons analysée chez l'assistante.

Cette orientation exclusive risque donc fort d'aboutir, quels que soient ses succès immédiats, à l'*aliénation* de l'individu.

Par ailleurs, il est certain que la *maladie* « ne pénètre pas chez l'être sain à l'instar d'une personne étrangère » (39). Il n'y a pas possibilité, pour le praticien, de conserver une *scission* sujet-objet.

La maladie, comme le cas social, est l'expression d'une « conduite spécifique de tel sujet, dans tel milieu, dans telle civilisation » (40) ; elle est une *éventualité* de l'être humain, une forme de « l'être-en-devenir-dans-le-monde » en réponse à une situation.

L'acte thérapeutique, pour être efficace, doit tenir compte de cette situation individuelle dans le monde commun.

Il faut que le médecin devienne à son tour ce « médiateur initié entre le monde particulier et le monde en général, entre l'illusion et la vérité » (41), afin de répondre à cette exigence éthique de son activité curative qui est de redonner à l'homme la possibilité d'un *dialogue avec le monde*. Ce qui ne peut se faire qu'en reconstituant « de nouveaux rapports humains à travers des techniques dominées ».

Comment donc le médecin parviendra-t-il à dominer les techniques ?

La réponse, bien sûr, ne peut être que fragmentaire, mais on peut tenter de la dégager de quelques nécessités primordiales.

Tout d'abord, que le malade ne soit plus, face au médecin, un *diminué*. La médecine de « sorcier » (qui est loin de n'être que molièresque) n'est pas une attitude valable quels qu'en soient les résultats.

Le patient doit être à même d'apprécier son état, de comprendre les raisons d'une thérapeutique et d'y contribuer.

Les techniques utilisées doivent l'être dans le but d'*aider au dialogue* et non dans le sens d'un *interventionnisme unilatéral*.

La thérapeutique dite « de choc » n'est encore que trop fréquemment la rationalisation d'une attitude sadique du praticien et elle n'aboutit qu'à la dépendance du malade et à son asservissement.

D'autre part, ce qui est peut-être encore plus grave, on peut rencontrer chez le médecin une attitude de bienveillante compréhension qui ne repose sur aucune base rationnelle.

Celle-ci se résume, comme le dit sans douceur D. Hollard, au fait que le médecin « tire d'une enquête hâtive et grossièrement « simpliste des jugements sur le comportement qui révèle la per-
« sonne et qui va enfin permettre à ce pieux moraliste de chan-
« ger cette personne en la modelant sur ses propres réactions
« morales ».

Cette attitude, nous l'avons déjà rencontrée chez l'assistante. Elle repose sur la même notion : uniformité de la nature humaine ; elle aboutit aux mêmes conséquences : méconnaissance totale de la situation ; enfin, elle est justiciable du même changement d'orientation : nécessité de retrouver l'objectivité tant dans les techniques de compréhension que dans les traitements proposés.

Il faut redonner au malade la possibilité du dialogue non avec soi-même (ce qui est une escroquerie) mais avec le monde.

On le voit maintenant plus clairement, il ne peut y avoir entre le médecin et l'assistante de divergence de point de vue, mais seulement une différence de point d'impact. Il y a donc nécessité d'un *travail conjugué*.

Cela nous entraîne à envisager les possibilités d'un fonctionnement efficace d'une équipe dont nous avons déjà défini les buts : aider l'homme à réaliser pleinement et sa *personnalité* et son *existence sociale*.

L'ÉQUIPE SOIGNANTE

Il s'agit, grâce à la constitution de cette équipe, de posséder les moyens, d'approfondir et d'élargir la connaissance de *l'homme malade*. Pour ce faire, l'équipe doit être à même d'assumer « des activités variées, ...sans qu'elles soient nécessairement enrégimentées dans l'organisation d'un service public ou privé » (42). De plus, ces activités doivent répondre à des besoins personnels économiques, biologiques ou mentaux, dans le cadre d'une société permettant toutes les promotions individuelles. Le problème n'étant plus, comme nous l'avons vu, « du choix entre une société individualiste et une société à base de collectivités, mais des limites et des modalités des contraintes collectives qu'impose l'évolution des sociétés modernes » (43).

Or, actuellement, la relation médecin-assistante est placée sous le signe de la *délégation*.

Il s'agit là d'une caractéristique générale du monde moderne où, comme l'a remarqué Roger Callois, « chacun participe par personne interposée ».

Le médecin, pris dans les rouages d'une médecine de plus en plus technicisée, arrive à négliger complètement tous les aspects autres qu'organiques de la maladie. Il laisse aux assistantes le soin de le renseigner sur les profils psychosociaux du malade.

Ces deux composantes fondamentales étant réduites à des *signes d'appoint* dans le cadre d'une *séméiologie accumulative*.

De son côté, d'ailleurs, l'assistante tend de plus en plus à n'utiliser le médecin que comme *conseiller technique* auquel seul le domaine biologique le plus impersonnel est laissé.

On est loin du genre de rapports que réclamait, dès 1928, R.-C. Cabot. Selon lui, au contraire, « les relations du médecin et de « l'assistante sociale... doivent être celles de collègues qui se rencontrent en consultation, chacun apportant ce qu'il peut à la « guérison du malade, chacun instruisant l'autre de ce qu'il a « besoin de savoir ».

Or, il est bien évident que de tels rapports ne peuvent s'établir sans que la situation relationnelle des partenaires de l'équipe soit dégagée des composantes négatives dues aux tensions inconscientes qui s'y produisent.

L'origine de ces tensions se trouve le plus souvent dans l'imaginerie de type parental que suscitent les rapports inter-personnels des équipiers. A ce propos, il nous faut signaler un article récent de Balvet sur la Réunion d'Equipe (44).

Il y fait tout d'abord le procès de la structure hiérarchique, dont les membres vivent « dans un univers formel en ordre, sans surprise, où chacun a sa place avec des délimitations bien précises ; on évite ainsi la rencontre avec l'autre ».

Puis il analyse les rapports que doivent avoir les membres de l'équipe entre eux et avec le groupe des malades, en se référant à la donnée de base d'une situation triangulaire.

Dans cette optique, il apparaît que « le ou les médecins représentent le père... ; le personnel infirmier est, au contraire, vu sous le jour de la mère », etc...

Or, il semble que ce panséxualisme fantasmatique risque d'aboutir non pas à des images de couples à valeur psychothérapique, mais à des couples véritables.

En effet, si la réunion d'équipe n'est que « les rapports internes d'équipiers devenus conscients », quelle valeur positive possédera cette équipe si ces rapports se basent sur des représentations inconscientes dont les dépendances avec les structures familiales bourgeoises sont évidentes ? Qui peut prétendre, en effet, que l'autorité soit exclusivement un principe mâle et la douceur une vertu féminine, sans se référer à une mythologie poussiéreuse ?

Nous avons vu, comme écrit F. J. J. Buytendjik : « l'opposition des sexes n'est nullement absolue » (45). Le fait corporel est constamment dépassé par la signification que l'être humain comme *individu* et comme *être social* lui attribue.

Il n'y a pas d'existence exclusivement masculine ou féminine.

Il est certain que la conception freudienne de l'opposition des sexes est dominée par l'image que l'homme se fait de la femme ; pourtant Freud a fait remarquer : « N'oubliez pas cependant que nous n'avons décrit la femme que dans la mesure où son être est déterminé par sa fonction sexuelle. Cette influence est certainement très profonde, mais nous ne devons pas perdre de vue qu'une femme concrète peut être, en outre, une personne humaine. Tel est bien le cœur du problème. »

Le problème est que toute personne humaine se choisit, elle n'est pas seulement déterminée psycho-mécanistiquement, et, par suite, notre opposition à la théorie précitée vient de ce qu'on y considère les valeurs *culturelles* comme des valeurs *fondamentales* habituelles des sexes.

Ainsi, comme nous le disions, il est dangereux que les rapports dans l'équipe soient établis sur le modèle de ceux du couple. En réalité, c'est à R. C. Cabot que nous devons le modèle archétypal de relations positives dans l'équipe. Ne parle-t-il pas, en effet, de « collègues », ne considère-t-il pas le médecin et l'assistante comme deux « confrères » ?

A notre sens, seule cette relation de type fraternel et non hiérarchisée leur permettra de réaliser, outre l'humanité universelle que prescrit la culture à laquelle ils appartiennent, les valeurs qui ont sens décisif pour leur existence tant féminine que masculine. Nous avons vu, d'ailleurs, que ces existences ne pouvaient pleinement s'humaniser sans le complément des valeurs de l'autre sexe.

Ces relations ainsi acceptées et vécues donneront naissance à une équipe dont le propre sera justement une *complémentarité* efficace, mais aussi cette *permutation psychologique constante* : « chacun instruisant l'autre de ce qu'il a besoin de savoir », car chacun sait ce dont l'autre a besoin. La valeur de l'équipe ne peut être dans la permanence d'un édifice archétypal stable, mais dans la *mobilité* des relations interindividuelles des équipiers au fil des diverses situations dans lesquelles l'équipe est engagée.

Il est certain que « le travail solitaire est définitivement condamné », c'est l'équipe dans son unité qui permettra une activité curative.

« Aucun ne peut monopoliser la conduite thérapeutique : selon le cas, tel ou tel membre de l'équipe se trouvera engagé plus spécialement, en fonction des coordonnées de telle situation

« particulière... C'est le mieux placé qui pourra se trouver à tour
« de rôle en première ligne, mais toujours il devra rendre compte
« devant l'équipe du déroulement de son travail... Ce compte
« rendu n'est pas destiné à se mettre en avant, à se raconter per-
« sonnellement, mais à témoigner publiquement que sa propre
« responsabilité est engagée » (46).

L'équipe ne peut se constituer *autour* de figures symboliques du
« père » mais fonctionner entre *pairs*. Il est certain que l'appren-
tissage de ce type de relations non hiérarchisées reste souvent à
faire. Mais, quoi qu'il en soit, une telle équipe pourra, en pré-
sence d'un être morcelé dans sa totalité originelle, avoir une effi-
cience thérapeutique, et ce, quelle que soit l'origine de ce morcel-
lement : endogène ou exogène ; quelle que soit la prédominance
relative des secteurs de souffrance : privés ou publics ; quelles que
soient, enfin, les virtualités singulières ou générales de l'homme
ainsi diminué.

CONCLUSIONS

L'étude des implications profondes du « Travail Social » nous a conduit aux conclusions suivantes :

Le postulat thérapeutique de leur ministère devant tenir compte de la nécessaire conservation de relations humaines positives au sein de la civilisation industrielle contemporaine, implique que les membres du Service Social deviennent des « Techniciens de la rencontre ».

En tant que spécialiste de la rencontre, le travailleur social doit d'abord porter son attention sur l'analyse de ce mode de relation individuelle, grâce à un *entraînement psychologique* particulier, et ce, dans un effort constant vers l'objectivité.

Cette objectivité lui permettra, au cours de l'analyse étiologique d'un « cas » quelconque, de ne pas enquêter selon une ligne de visée univoque, mais *d'être en résonance* avec l'ensemble des composantes tant psychologiques que sociales, qui ont structuré un comportement pathologique.

Il faut, d'autre part, qu'il ait conscience, d'une manière rationnelle, des implications d'une thérapeutique axée sur le « moi », pour ne pas manipuler un individu, afin de l'intégrer, coûte que coûte, dans une « réalité supposée normale et intangible ».

Pour cela, une *connaissance sociologique* lui est indispensable et lui permettra, dans tous les cas, d'apporter les contestations

nécessaires, en face de structures qui risquent d'apparaître inadéquates.

Enfin, obéissant à une vocation fonctionnelle et éthique identique à celle de la profession médicale, dans une activité qui a pour but de redonner à l'homme la possibilité d'un « dialogue avec le monde » ; ils doivent participer en tant que *cliniciens* à une activité conjuguée au sein d'une *équipe soignante*.

Vu :

LE DOYEN,
H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. ROCHE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 13 Janvier 1962.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

1. BLOCH (Camille). — L'assistance et l'Etat en France à la veille de la Révolution. Paris, 1908.
2. TURGOT. — Œuvres. Edit. Deraine, 11, p. 687.
3. BLOCH (Camille). — *Opus citi*.
4. Major R. C. CABOT. — Congrès Int. de S. Social, 1928, vol. III, p. 557.
5. LAROQUE (P.). — Institutions Sociales de France, tome III, p. 119.
6. M^{lle} BAUR-HALBWACHS. — Recours à l'Action Sociale, in *Informations Sociales*, février 1957, p. 188.
7. LAROQUE (P.). — Réflexions sur le problème social, p. 10.
8. SAND (D.-René). — Le Service Social.
9. M^{lle} BAUR-HALBWACHS. — *Locus citi*.
10. M^{lle} BAUR-HALBWACHS. — *Locus citi*.
11. MARCUSE (Herbert). — Eros and civilisations, Boston, 1953.
12. CROZIER (Michel). — Human engeneering, in *Les Temps Modernes*, juillet 1951.
13. CARUSO (Igor). — La psychanalyse est-elle sociale ? in *Esprit*, mars 1961.
14. FRANK (K.-Lawrence). — Psychologie et ordre social, in *Esprit*, janvier 1959.
15. BINSWANGER (Ludwig). — Le cas Suzanne Urban, 1957, p. 42.
16. MERLEAU-PONTY (Maurice). — Phénoménologie de la perception. N.R.F., 1945.

17. STRAUSS (Erwin). — Von Sinn der Sinne, Berlin, 1935.
18. BUYTENDJIK (F. J.). — Phénoménologie de la Rencontre, 1952, p. 25.
19. SCHELER. — Wesen und Forme der Sympathie. Bonn. 1923, p. 258.
20. MALINEAU (R.). — Aspects psychologiques de l'appendicectomie. Thèse Bordeaux, 1957.
21. KAMMERER (Th.). — L'Expertise mentale criminelle, in *Evolution Psychiatrique*, janvier 1956.
22. KUHN (R.). — Phénoménologie du masque, p. 151.
23. BARTHES (R.). — Mythologies.
24. KUHN (R.). — *Opus citi*.
25. BUYTENDJIK (F. J. J.). — La femme et la conception psychanalytique, in *La Table Ronde*, mars 1956.
26. GUARDINI. — Notizen zu einem Bilde von Dantes Persönlichkeit in Schildgenossen, 1939, p. 229.
27. BUYTENDJIK (F. J. J.). — *Opus citi*.
28. MEAD (M.). — Male and Female : a study of the sexes in a changing world, 1949.
29. CASIUS (Cora). — Social Case-Work.
30. Contribution à l'approfondissement des méthodes du Service Social, n° spécial d'*Informations Sociales*, 1957, n° 10.
31. HABERLEIN. — Der Mensch, p. 35.
32. PAGES (Max). — Critique de Rogers, in *Evolution Psychiatrique*, 1935.
33. SARTRE (J.-P.). — L'être et le néant, p. 480.
34. DUFRENNE (Michel). — In *Esprit*, janvier 1959.
35. CHOMBARD DE LAUWE (P.).
36. CHOMBARD DE LAUWE (P.).
37. HOLLARD (Daniel). — Le dialogue, in *Esprit*, février 1957.
38. BARTHES (R.). — *Opus citi*.
39. TILLING. — Catégorisation individuelle de l'esprit et troubles de l'esprit, 1904.
40. SERANO (Jacques). — La double tentation, in *Esprit*, février 1957.

41. BOSS (Médard). — Introduction à la Médecine psycho-somatique P.U.F.
42. RIQUET (Michel). — Genèse et définition du Service Social. *in Construire*.
43. LAROQUE (P.). — Réflexions sur le problème social.
44. BALVET et collaborateurs. — La réunion d'équipe, *in Informations Psychiatriques*, 1961.
45. BUYTENDIJK (F. J. J.). — La femme et la conception psychanalytique, *Locus citi*.
46. COLIN (M.). — Examen de personnalité et criminologie. Collection de médecine légale. *Annales de l'Université*, tome 1, p. 46.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
PLAN D'ÉTUDE	15
GENÈSE, ÉVOLUTION HISTORIQUE ET ANALYSE DES IDÉES, INSTITUTIONS ET ACTIVITÉS SOCIALES	17
LA RENCONTRE	27
LE CASE-WORK	35
L'ÉQUIPE SOIGNANTE	45
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51

Imp. A. REY, 4, rue Gentil - LYON - 149.741
